



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**ACUERDO DE SERVICIO PILOTO PARA ASISTENCIA  
 FAMILIAR INDIVIDUAL**  
 INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PILOT  
 SERVICE AGREEMENT

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE DDD
ALERTA CRÍTICA	
VIRTUDES (INCLUYENDO LOS SISTEMAS DE APOYO, ÁREAS DE INDEPENDENCIA/APTITUDES)	
ASISTENCIA NECESITADA/REQUERIDA	
SERVICIOS PROPUESTOS	
PLAN DE SUPERVISIÓN (INCLUYENDO QUIÉN SUPERVISARÁ, FRECUENCIA, CÓMO SE INFORMA)	
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
OTROS PARTICIPANTES	
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA

## SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia administrativa para apelar esta acción.

- Si a la fecha recibe servicios pagos de DDD, y desea que sus servicios continúen durante el proceso de apelación, deberá presentar una solicitud para una audiencia administrativa antes del \_\_\_\_\_
- Si opta por continuar recibiendo este servicio pago y la decisión final ratifica la acción tomada por el departamento, quizás tenga que pagar hasta 60 días de servicios pagos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
ADMINISTRADOR DEL CASO/ RECURSOS NÚMERO DE TELÉFONO

Tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás sea elegible para recibir asesoría legal gratuita);
2. A solicitar copias de su expediente y de toda la información evaluada por DDD para tomar esta decisión;
3. A presentar documentación de prueba;
4. A declarar en la audiencia y a presentar testigos que testifiquen en su nombre; y
5. A contra-interrogar testigos que testifiquen para el departamento.

Se adjunta un formulario para solicitar nuevamente una audiencia administrativa.

## ¿TIENE PREGUNTAS?

Si tuviera alguna pregunta en cuanto a esta decisión o en cuanto a sus derechos de apelación, comuníquese con:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	OFICINA LOCAL
--------	--------------------	---------------



**ACUERDO DE SERVICIO  
PILOTO PARA ASISTENCIA  
FAMILIAR INDIVIDUAL  
SOLICITUD PARA AUDIENCIA**  
Conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de  
audiencia de DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**ENVIAR POR CORREO A:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**FAX:** 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con la siguiente decisión del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS):

- Explique brevemente lo que DSHS hizo u omitió hacer (agregue páginas si necesita más espacio); y
- Adjunte una copia del aviso que está apelando, si fuera posible.

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL  
CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO PARA MENSAJES

**Se me notificó sobre la decisión el:** \_\_\_\_\_ **Por:** \_\_\_\_\_  
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

**Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible:**  Sí  No Programa: \_\_\_\_\_

Me representa (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las siguientes dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

**Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia?  Sí  No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? \_\_\_\_\_

Los jueces de ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia personal, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.